#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 1365

##### Ф.И.О: Пересыпко Юлия Викторовна

Год рождения: 1984

Место жительства: К-Днепровский р-н, с. Водяное ул Ленина 254

Место работы: д/о, инв Ш гр

Находился на лечении с 04.10.17 по 20.10.17 в энд. отд.

Диагноз: Хроническая надпочечниковая недостаточность тяжелая форма, ст. декомпенсации. Аутоиммунный тиреоидит, без увеличения объема щит. железы. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Ожирение I ст. (ИМТ 30кг/м2) смешанного генеза, стабильное течение. Вторичная аллопеция бровей, ресниц. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. С-м сухого глаза ОИ. Дисгормональная кардиомиопатия. СН II А с систолической дисфункцией левого желудочка. Дисциркуляторная энцефалопатия 1, смешанного генеза с ликворно-гипертензионным синдромом. С-м вегетативной дисфункции, пароксизмальное течение с частыми вегетативными кризами симпато-адреналовой направленности, синкопальные состояния. Астеноневротический с-м. Распространенный остеохондроз позвоночника с преимущественным поражением поясничного отдела. С-м люмбоишалгии, выраженный болевой с-м. Вторичный системный остеопороз (Т-3,4). Закрытые переломы IV, V ребер слева.

Жалобы при поступлении на постоянные головные боли в височно-затылочной области, выраженная слабость, утомляемость, бронзовый оттенок кожи, боли в области желудка, утренняя тошнота, периодически рвота, одышка при физ. нагрузке, головокружение, боли в сердце при психоэмоциональной перегрузке, прибавке масы тела на 20 кг за год..

Краткий анамнез: Хр. надпочечниковая недостаточность с 2016. Получала стац лечение в ОКЭД. Кортизол от 21.07.16 – 2,7 (5,0-25,0) АКТГ – 686 (0-46) от 01.08.16. принимала преднизолон, С 04.2017 принимает кортизон 25 мг 2т/сут, АИТ с 2016АТТПО от 27.09.16 – 1568 (0-30); ТТГ – 4,44 ( 0,4-4,0) от 26.09.16. 29.09.17 кортизол 1,17 (6,2-19,4) ТТГ – 4,64. С 08.2017 принимает L-тироксин 50 мкг /сут. 08.06.17 конс. в Украинском научно-медицинском центре проблем остеопороза: «Вторичный системный остеопороз». Отмечаетухудшение состоянияв течение последних 3 мес. (симпатоадреналовые кризы) в связи с чем самостоятельно вводила инъекционные препараты гидрокортизона. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции заместительной терапии, лечения метаболических осложнений.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эритр | лейк | СОЭ | э | п | с | л | м |
| 05.10 | 165 | 4,9 | 3, | 13 | 1 | 1 | 43 | 54 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| биохимия | СКФ | хол | тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | Катер | мочевина | креатинин | бил общ | бил пр | тим | АСТ | АЛТ |
| 05.10 | 133,9 | 5,95 | 1,79 | 2,57 | 2,56 | 1,3 | 5,3 | 64 |  |  | 4,6 | 0,6 | 0,45 |
| 06.10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 9,0 | 2,0 |  |  |  |
| 13.10 |  |  |  |  |  |  | 5,0 | 81,7 |  |  |  |  |  |
| 17.10 |  |  |  |  |  |  | 4,4 | 90 |  |  |  |  |  |

05.10.17 АКТГ – 41,90

11.10.17 инсулин – 28,28 инсулин Homa – 28.28 Homa IR – 5.87 (< 2,7)

06.10.17ТТГ – 0,9 (0,3-4,0) Мме/мл

05.10.17 К – 4,93 ; Nа – 130 Са++ -1,1 С1 103 ммоль/л

### 05.10.17 Общ. ан. мочи уд вес 1012 лейк –0-1 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. - ед; эпит. перех. - в п/зр

05.10.17 ОГТТ с 75 гр глюкозы натощак -4,9 через 2 часа – 4,1 ммоль/л

09.10.17 Невропатолог: С-м вегетативной дисфункции, перманентно пароксизмального характера, астено-невротчиеский с-м. Рек: бифрен 1т 3р/д 1 мес

11.10.17 Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 ; Аллопеця бровей, частичная ресницы

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Легкая височная деколорация, Границы четкие. А:V 2:3 сосуды сужены, очень извиты, вены полнокровны. В макуле депигментация. Д-з: Вторичная аллопеция бровей, ресниц. Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. С-м сухого глаза ОИ. Рек: В ОИ гипромеллоза 2-6 р/д.

07.10.17 ЭКГ: ЧСС -92 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось не отклонена.

09.10.17Кардиолог: метаболическая кардиомпатия СН 0-1 Рек: кораксан 5 мг 1т 2р/д

18.10.17Кардиолог «ОМЦСС»: Дисгормональная кардиомиопатия. СН II А с систолической дисфункцией левого желудочка. Рек: бритомар 1т утром ( под контролем электролитов 1р/нед) ,предутал 1т 2р/д

09.10.17 ЛОР: на момент осмотра ЛОР органы без патологии

18.10.17 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст.

11.10.17 Ревматолог: Вторичный системный остеопороз (Т-3,4). Рек: продолжить прием ризендрос 35 1р/нед, продолжить прием препаратов Са, Са Д3 никомед форте 1т 1р/д, лечение основного заболевания у эндокринолога

19.10.17 Хирург-травматолог: Закрытые переломы IV, V ребер слева. Рек: орагничение физ. нагурзок, ношение бандажа. Обезболивающие препараты.

06.10.17 Денситометрия Т-критерий 3,1

19.19.17 Р- гр ОГК легкие без инфильтрации, обогащенный легочной рисунок с обеих сторон. Сердце без особенностей, слева переломы 4,5 ребер по средне-ключичной линии.

10.10.17Конс.зав невролог. отд к.м.н. Черкез АН: Дисциркуляторная энцефалопатия 1, смешанного генеза с ликворно-гипертензионным синдромом. С-м вегетативной дисфункции, пароксизмальное течение с частыми вегетативными кризами симпато-адреналовой направленности, синкопальные состояния. Астеноневротический с-м. Распространенный остеохондроз позвоночника с преимущественным поражением поясничного отдела. С-м люмбоишалгии, выраженный болевой с-м. Рек:замета 4 мг в/в кап № 1 ( введено в условиях стационара), СаД3 1т 2р/д 1-2 мес, катадалон 400 ретард 1т после завтра 14 дней, аэртал 1т 2р/д по сле ед 10 – 14 дней, хондросат 2,0 в/м № 10 через день № 20, при длительном стоянии или ходьбе корсет.

18.10.17 МРТ головного Мозга: МРТ признаки значительных проявлений дисциркуляторной лейкоэнцефалопатии.

10.10.17Осмотр доц.каф. терапии и клин. фармакологи Ткаченко О.В: диагноз см выше. Рек: заместительная терапия строго в назначенных дозах, рек. невропатолога, ревматолога.

10.10.17УЗИ щит. железы: Пр д. V =3,3 см3; лев. д. V =4,7 см3

Щит. железа не увеличена, контуры фестончатые.. Эхогенность паренхимы обычная,. Эхоструктура Крупнозернистая с мелким фиброзом. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: золедроновая кислота ( замета), кортизон, аскорбиновая кислота, тиогамма, валериана, L-тироксин, гидрокортизон,

Состояние больного при выписке: общее состояние пациентки улучшилось, уменьшилась слабость, утомляемость головные боли. АД 110/70 мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Кортизон 25 мг 6.00 – 1т., 11.00 – 1/2т. – постоянная заместительная терапия под контролем электролитов, ОАК в динамике.
3. При интеркуррентной патологии с выраженной интоксикацией и гипертермией, при хирургических вмешательствах (даже малого объема) дозу кортизона увеличить на 25-50 мг/сут в зависимости от тяжести состояния.
4. L-тироксин (эутирокс) 50 мкг утром натощак за 30 мин до еды.
5. Контроль УЗИ щит железы 1р в 6 мес . Контроль ТТГ 1р в 6 мес.
6. Осмотр эндокринолога ОКЭД 1р в 3 мес для коррекции дозы заместительной терапии.
7. Рекомендации смежных специалистов.

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В